

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

## INFORMAÇÕES DO PACIENTE - Campo Obrigatório

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Plano/Carteirinha: \_\_\_\_\_

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Tel: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## DADOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO

## EXAME CITOLÓGICO

Tipo de amostra:  Convencional  Meio Líquido Para Estudo:  Oncótico  Hormonal / Funcional FRASCO Nº \_\_\_\_\_Menarca: \_\_\_\_\_ Últ. Menstruação: \_\_\_\_\_ Últ. Parto: \_\_\_\_\_ Ciclo: \_\_\_\_\_ DIU?  Sim  NãoSchiller:  Positivo  Negativo TRH:  Sim  Não Anticoncepcional:  Sim  NãoColeta:  Vaginal  Cervical  Canal  Uretral  Cell Block (Descrever região de coleta) \_\_\_\_\_  PAAF (Descrever região de coleta) \_\_\_\_\_  Outros: \_\_\_\_\_Exames moleculares: Detecção de patógenos por PCR:  *C.trachomatis*  *N. gonorrhoeae*  *U.urealyticum*  *M.genitalis*  *M. hominis*  *T. vaginalis*HPV:  Detecção por PCR  Captura Híbrida  Outros: \_\_\_\_\_

## EXAME ANATOMOPATOLÓGICO - TOPOGRAFIA (CAMPO OBRIGATÓRIO) Número de Amostras (quantidade de material): \_\_\_\_\_

Lateralidade:  Esquerda  Direita  Bilateral  Não se aplicaTipo de Amostragem:  Biópsia Simples  Peça Cirúrgica Simples  Peça Cirúrgica Complexa  Outro (Punção; Raspado)

## RESULTADO DE EXAME PEROPERATÓRIO (CONGELAÇÃO)

Médico Responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

## EXAMES COMPLEMENTARES (Imunohistoquímica, FISH, Biologia Molecular, Imunofluorescência, Microscopia Eletrônica e Hibridização In Situ)

## TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO

(Resolução CFM nº 2169/2017)

Eu, \_\_\_\_\_, nº de identidade \_\_\_\_\_ ( ) paciente / ( ) responsável (grau de parentesco \_\_\_\_\_), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico e/ou citopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento abaixo indicado:

Setor de Anatomia Patológica e Citopatologia do Laboratório Hermes Pardini, situado na Rua Aimorés, nº 66, Bairro Funcionários, BH, MG, cujo RT é a Dr. Pedro Lobo Alcântara Neves CRM 61979/MG

Setor de Anatomia Patológica e Citopatologia do Diagnostika Patologia Clínica Cirúrgica, situado na Rua Frei Caneca, 1119 - Consolação, São Paulo - SP, cujo RT é a Dra. Esther Vanessa Campos de Oliveira CRM SP: 138066

Setor de Anatomia Patológica e Citopatologia do Laboratório Padrão, situado na Rua 83, nº 444, Setor Sul, Goiânia, GO, cujo RT é a Dra. Mariella Saponara Vianna - CRM-GO:4914

Setor de Anatomia Patológica e Citopatologia do Diagnostika Patologia Clínica Cirúrgica situado na Estrada Marechal Miguel Salazar Mendes de Moraes, 516 Taquara/Jacarepaguá - Rio de Janeiro/RJ, cujo RT é a Dra. Daurita Darci de Paiva - CRM-RJ: 151124

**Declaro que:** ( ) Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2169/2017. ( ) Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima, e o respectivo envio do resultado do exame para o endereço eletrônico do médico prescritor constante no pedido médico, e também ao endereço eletrônico da operadora de saúde, para fins de auditoria, desde que sejam apresentados motivos que justifiquem o envio, conforme determina o parágrafo primeiro do artigo 7º da Resolução do CFM nº 1614 de 09 de março de 2001. ( ) Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança. ( ) Autorizo a transmissão das imagens das lâminas geradas do meu material biológico para fins de análise e diagnóstico a distância, conforme determina o parágrafo único do artigo 3º da Resolução do CFM 2264/2019, que define e disciplina a telepatologia como forma de prestação de serviços de anatomopatologia mediados por tecnologias.

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
CIDADE

Assinatura do Paciente/Responsável: \_\_\_\_\_

1ª testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

1) Nome completo \_\_\_\_\_

Nº de identidade \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

2ª testemunha

2) Nome completo \_\_\_\_\_

Nº de identidade \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

## CASO SEJA CLIENTE APOIO, FAVOR PREENCHER:

Laboratório Conveniado: \_\_\_\_\_ Código Laboratório: \_\_\_\_\_ Pedido: \_\_\_\_\_